Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Zur Lehre von den in der Haft entstehenden Psychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität

zu Kiel

vorgelegt von

Friedrich Tietz,

approb. Arzt aus Schwerin i/M.

Kiel 1912.

Druck von H. Fiencke.

STANFORD UNIVERSITY LIBRARY DEC 4 1913

Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Zur Lehre von den in der Haft entstehenden Psychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität

zu Kiel

vorgelegt von

Friedrich Tietz,

approb. Arzt aus Schwerin i/M.

Kiel 1912.

Druck von H. Fiencke.

No. 80.

Rektoratsjahr 1912/13.

Referent: **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Anschütz,

z. Zt. Dekan.

Meinen Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/zurlehrevondenin0000frie

Die Dementia praecox, die wie die übrigen erworbenen Defektpsychosen durch einen progressiven Intelligenzdefekt ausgezeichnet ist, ist in ihrer wesentlichen Ursache bisher noch unaufgeklärt. Bei anderen erworbenen Defektpsychosen sind, entsprechend dem Intelligenzdefekt, organische Veränderungen der Hirnrinde in mehr oder weniger erheblichem Maße nachzuweisen. So findet man bei der Dementia paralytica schwere Veränderungen der Ganglienzellen mit bedeutender Störung in der normalen Architektonik der Rinde, eine deutliche Degeneration der oberflächlichen Tangentialfasern, der Markleiste, sowie der Assoziationsfasern des supra- und intraradiären Flechtwerkes, eine Wucherung des Gliagewebes und regressive Vorgänge der Intima- und Mediazellen der Gefäße mit Ausfüllung der erweiterten adventitiellen Lymphräume durch Plasmazellen und Lymphozyten. Im ganzen ähnlich wie bei der Dementia paralytica, jedoch mit geringerer Störung in der Architektonik der Rinde, sind die Veränderungen bei der Dementia senilis und der Dementia alcoholistica. Bei der Dementia praecox nun fehlen bisher noch ausgesprochene pathologisch-anatomische Befunde. Dennoch kann man mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vermuten, daß es sich auch bei dieser Psychose um einen greifbaren Krankheitsvorgang im Gehirn handelt und nicht um das allmähliche Versagen einer unzulänglichen Anlage. Bei den nahen Beziehungen, welche zwischen der Pubertät und der Entwicklungszeit der Dementia praecox bestehen, und

bei den ungeheuren Umwälzungen, welche sich in der Pubertät schon mit der normalen Psyche vollziehen, wäre von vornherein die Vorstellung nicht undenkbar, daß bei pathologisch veranlagten, z. B. erblich belasteten Individuen die Pubertät so schwere psychische Schädigungen herbeiführte, daß es zu einem Versagen der unzulänglich ausgebildeten psychischen Anlage käme, im Sinne des geistigen Schwächezustandes der Dementia praecox. Gegen diese Annahme spricht jedoch der Verlauf der Psychose. Bei den Geistesstörungen, welche auf dem Boden der erblichen Entartung entstehen, findet man niemals den raschen geistigen Verfall wie bei der Dementia praecox, sondern entweder periodische Erkrankungen oder dauernde Krankheitszustände von außerordentlich langsamer Entwickelung. Bei der Dementia pracox dagegen handelt es sich sowohl bei den hebephrenischen wie bei den katatonischen Formen um eine subakute, seltener akute Geistesstörung mit dem Ausgang in einen mehr oder weniger hochgradigen geistigen Schwachsinn. Diese Art des Verlaufes drängt uns zu der Vorstellung, daß es sich hierbei um materielle Vorgänge mit teilweiser Schädigung und Vernichtung von Hirnrindenzellen handelt, daß die verschiedenen psychischen Zustandsbilder bei der Dementia praecox der Ausdruck der schädigenden Wirkung irgend einer toxischen Substanz sein müssen, die durch fortgesetzte Schädigung von Hirnelementen schließlich zu einem Zustande führt, der in dem mehr oder weniger erheblichen Schwachsinn seinen Ausdruck findet. Kräpelin sieht dies schädigende Moment in einer Selbstvergiftung, die bei den nahen Beziehungen der Dementia praecox zum Entwicklungsalter, zum Fortpflanzungsgeschäfte, zu Menstruationsstörungen nach seiner Ansicht in irgend einem Zusammenhang mit Vorgängen in den Geschlechtsorganen stehen könnte, und er führt an, daß man auch bei manchen Idioten und Epileptikern zur Zeit der Geschlechtsreife einen entschiedenen Rückgang der geistigen Kräfte feststellen könne. Die Kenntnis von den Autointoxikationspsychosen ist im letzten Jahrzehnt erweitert worden durch die Kenntnis von urämischen und karbaminämischen Psychosen bei Nieren- resp. Leberleiden, von dia-

betischen Psychosen und durch die Feststellung des autointoxikatorischen Momentes bei den Erkrankungen der Schilddrüse. Pfister, der sich der Kräpelin'schen Hypothese anschließt, hebt hervor, daß es sich bei diesem Autointoxikationsvorgange um das Ausbleiben der Bindung von normaler Weise auftretenden nervengiftigen Stoffwechselprodukten handeln könne, vielleicht deswegen, weil infolge irgendwelcher Ursachen eine übermäßige Produktion über die Zeit hinaus erfolgt, für welche der Organismus mit Schutz- und Reguliervorrichtungen zur richtigen Entgiftung dieser Stoffe eingerichtet ist. Vor allem aber betont er, daß vielleicht die Giftstoffe allein garnicht ausreichen, um die destruktiven Vorgänge im Gehirn einleiten und unterhalten zu können, sondern daß erst ein irgendwie geschädigtes und damit widerstandsunfähiger gewordenes Organ eine Angriffsfläche für das Körpergift schaffen müsse. Die verschiedenen ätiologischen Faktoren, die man bei den an Dementia praecox Erkrankten so häufig findet, die erbliche Belastung, das Pubertätsalter, Menstruationsstörungen, die Gefangenschaft, dem Leiden voraufgehende akute Infektionskrankheiten, seltener in der Jugend durchgemachte Meningitis oder Kopfverletzungen, sind also offenbar nicht als die eigentliche Krankheitsursache aufzufassen, sondern es kommt ihnen nur die Bedeutung von vorbereitenden, prädisponierenden Momenten zu.

So wichtig nun auch die scharfe Trennung zwischen eigentlicher Krankheitsursache und prädisponierenden Momenten in der Frage der Ätiologie der Dementia praecox ist, so ist doch für das klinische Interesse das Wesen der psychischen Störungen das Ausschlaggebende, um trotz der verschiedensten ätiologischen Faktoren, trotz der so mannigfaltigen Äußerungen der kranken Psyche in jedem einzelnen Falle und trotz der äußeren Ähnlichkeit so vieler psychischer Zustandsbilder das für die Dementia praecox Charakteristische erkennen zu können. Eine der Grundstörungen ist der als Zerfahrenheit des Gedankenganges sich kennzeichnende Kombinationsdefekt. Der normale Gedankengang erfolgt durch die Verknüpfung von sachlich, durch den Vorstellungsinhalt selbst zusammenhängenden Vorstellungen oder durch die Verbindung von

äußerlich zusammengehörigen Associationen, wobei das Fortschreiten des Gedankenganges durch den regelnden und richtunggebenden Einfluß bestimmter Zielvorstellungen stattfindet. Bei der Dementia praecox dagegen werden die verschiedensten Vorstellungen völlig zusammenhangslos und planlos nebeneinander gestellt, ohne daß man noch die geringsten Bindeglieder zwischen den einzelnen Vorstellungsreihen erkennen kann. Zu dieser Lockerung in dem inneren Zusammenhang der Vorstellungen gesellt sich die fast absolute Unproduktivität des Denkens, das Fehlen irgend eines Fortschreitens des Gedankenganges bei oft leidlich erhaltener Satzkonstruktion. Die Gegenüberstellung mit einer andern Form des gelockerten Gedankenganges, mit der Ideenflucht, macht diese Störung besonders klar. Auch der beschleunigte Ablauf der Vorstellungen bei der Ideenflucht mit dem Überwiegen von Ähnlichkeits- und besonders von Wortklangsassociationen kann zu einer mehr oder weniger hochgradigen sekundären Inkohärenz führen, aber in den einzelnen Gliedern der Vorstellungsreihe sieht man doch einen, wenn auch noch so äußerlichen Zusammenhang, man erkennt doch in dem Gedankengange das Hinstreben nach bestimmten Zielen, die allerdings infolge des fortwährenden Wechsels und der außerordentlichen Flüchtigkeit der Zielvorstellungen niemals erreicht werden. Vielleicht gibt gerade die ungenügende Ausbildung von Zielvorstellungen bei der Dementia praecox und das Fehlen des Fortschreitens in dem Gedankengange uns eine Erklärung für die Erscheinung des Haftens von einzelnen Vorstellungen, die man so häufig mit der Zerfahrenheit des Gedankenganges vergesellschaftet findet. Wenigstens kann uns das Verhalten des Gesunden einen Anhaltspunkt dafür geben; denn das Haften und die Wiederholung von bestimmten Vorstellungen findet man zuweilen auch beim Gesunden, aber nur dann, wenn der Gedankengang wenig fortschreitet oder ohne die Festhaltung eines bestimmten Zieles abläuft. Das »Todhetzen« derselben Gedanken bei katatonischen Kranken, die Neigung zur Perseveration einmal angeregter Vorstellungen, die zu endloser Wortwiederholung außerhalb jedes Satzgefüges oder zu einem

völlig zusammenhangslosen Einflechten derselben Vorstellungen in den zerfahrenen Gedankengang führt, geschieht unter fast völliger Gleichgültigkeit für den Inhalt des Denkens, ohne jedes Gefühl des Zwanges. Diese dauernde Überwertigkeit bestimmter Vorstellungen ist auch das Wesentliche bei den Zwangsvorstellungen, aber diese eben sind stets von einem Gefühl des Zwanges und von einem Angstaffekt begleitet, so daß sie trotz des vorhandenen Krankheitsbewußtseins auf das Handeln der Kranken Einfluß gewinnen. Eine leicht verständliche Folge der eigenartigen Störung der Ideenassoziation bei der Dementia praecox ist der Verlust der Fähigkeit, die sprachlichen Zeichen der Vorstellungen mit dem Vorstellungsinhalte in richtiger Weise zu verknüpfen. So kommt es bei vollkommen erhaltener Besonnenheit und Orientierung und dem Fehlen jeder artikulatorischen Sprachstörung bei den Katatonikern zu jener eigenartigen Störung der Sprache, die man als Sprachverwirrtheit bezeichnet, mit dem unverständlichen Durcheinander sinnloser Wortkombinationen, dem »Wortsalat«, der Neigung zu Reimassoziationen und den zahlreichen Wortneubildungen. Der Verlust der Fähigkeit, die einzelnen Vorstellungen und Erinnerungsbilder assoziativ miteinander zu verknüpfen, und der Defekt an Erinnerungsbildern überhaupt führt bei der Dementia praecox zu dem Symptom der Urteilsschwäche, welches sie mit allen andern Formen des erworbenen Schwachsinns gemeinsam hat. So vermögen Katatoniker eine gegebene Situation nicht zu überblicken, es fehlt ihnen das Verständnis für das, was um sie herum vorgeht. Diese Verständnislosigkeit äußeren Eindrücken gegenüber beruht nun aber nicht etwa auf einer Auffassungsstörung, wie dies z. B. bei den Erschöpfungspsychosen und Dämmerzuständen der Fall ist. Bei diesen kommt die Desorientiertheit für die räumliche Umgebung, für Personen, für die gesamte Sachlage durch eine Bewußtseinstrübung zustande, d. h. also durch eine Störung in der Wahrnehmung äußerer Eindrücke und in der Verarbeitung derselben durch Miterregung von bereitliegenden Erinnerungsbildern. Bei der Dementia praecox dagegen sind die Gebiete der Auffassung, der Besonnenheit

und der Orientierung auffallend wenig gestört; die Wahrnehmung äußerer Eindrücke geschieht selbst in den Zuständen schwerster katatonischer Erregung und im katatonischen Stupor recht gut, aber es fehlt eben das Verständnis für diese Eindrücke infolge des Defektes in der assoziativen Verknüpfung der Erinnerungsbilder, infolge der Urteilsschwäche. Die Neuerwerbung von Associationen ist daher sehr gering, und gerade die neuerworbenen Vorstellungen und Associationen verfallen sehr bald wieder dem Untergange. Um so eigenartiger ist daher die Art des Intelligenzdefektes bei der Dementia praecox dadurch, daß das Gedächtnis und die Merkfähigkeit nur außerordentlich wenig gestört sind. Die Defekte, die man auf diesen Gebieten häufig scheinbar vorfindet, sind nur vorgetäuscht durch die Perseveration und vor allem durch die Interesselosigkeit der Kranken. Grade auch auf die Apathie, nach Ziehen vielleicht z. Teil auch auf eine primäre Associationsstörung, sind die schweren Störungen der Aufmerksamkeit bei diesen Kranken zurückzuführen, die es mit sich bringen, daß man oft nur durch gewaltsames Aufrütteln die Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand lenken kann.

Diese Erscheinung der Apathie führt uns zu einer wesentlichen Störung im Seelenleben der an Dementia praecox Erkrankten, »der gemütlichen Verblödung«, einer Störung, welche Stransky differenziert »erstens in eine Armut bzw. Oberflächlichkeit der gemütlichen Reaktionen und zweitens in eine Inkongruenz derselben mit dem jeweilig die Psyche beherrschenden Vorstellungsinhalte.« Alle unsere Empfindungen und Vorstellungen werden von positiven oder negativen Gefühlstönen, von Lust- oder Unlustgefühlen begleitet, und die Gefühlstöne üben einen großen Einfluß auf unsere Ideenassociationen und unsere Handlungen aus. Die komplizierteren Vorstellungen, wie Nächster, Familie, Ehre, Pflicht, Beruf, werden erst durch die gleichzeitige positive oder negative Gefühlsbetonung zu ethischen Begriffen. Das Fehlen dieser Gefühlsbetonung der Vorstellungen und Empfindungen ist nun die charakteristische Störung im Gemütsleben bei der Dementia praecox. Wie bei den schweren Graden des an-

geborenen Schwachsinns besonders die sogenannten »ethischen Gefühlstöne« überhaupt nicht zur Entwicklung kommen, wie die Teilnahme für die Angehörigen, das Interesse an Beruf, Kunst und Wissenschaft, die Freude an der Natur, und das ganze Gefühlsleben sich nur auf die aus den niederen Begierden entspringenden Gefühle beschränkt, wie die Freude an der Sättigung, die sexuelle Befriedigung, die Freude am glänzenden Licht, so findet auch bei der Dementia praecox ein Untergang grade der altruistischen und sozialen Gefühle statt mit der Entwicklung eines durchaus egozentrischen Denkens. So kommt es bei diesen Kranken zu der Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit für alle äußeren Eindrücke, für ihren Beruf, ihre Familie; jedes Wünschen und Hoffen, jede Furcht und Reue sind erstorben, und es endet dieses Bild, das im Beginne sich oft unter den Zeichen einer Depression verbirgt, mit einem Zustande des »wunschlosen Hindämmerns.« In nur scheinbarem Widerspruch mit dieser Abstumpfung der Gefühle stehen die katatonischen Erregungen, welche oft jäh und impulsiv die Lethargie der Kranken durchbrechen. Bei diesen Erregungen handelt es sich nicht um das pathologische Überwiegen von Lustgefühlen, wie bei der Hyperthymie, bei welcher die heitere Verstimmung und die aus ihr hervorgehende hyperthymische Agitation stets Beziehungen zur Umgebung sucht und stets eine Übereinstimmung zwischen Vorstellungsinhalt, Stimmung und Handlung zu erkennen ist, sondern hier ist die Heiterkeit eine völlig gegenstandslose, läppische, es fehlt jede Kongruenz zwischen der tatsächlich nur sehr geringen Erregung der Kranken und dem sie beherrschenden Vorstellungsinhalte, und so kommt es, daß die Agitation der Kranken nur wesentlich planlose Bewegungen sind, nicht aber zweckmäßige, aus der Stimmung und den Vorstellungen hervorgehende Handlungen. Diese Inkongruenz zwischen gemütlichen Reaktionen und Vorstellungsinhalt bei der Dementia praecox kann sich offenbar dadurch herausbilden, daß die Gefühlsstörungen schon in einem sehr frühen Stadium der Krankheit einsetzen, wo die Verstandesleistungen noch weit unerheblicher gestört sind, und ferner dadurch, daß sich hier eine

Apathie ausbildet bei fast völliger Intaktheit der Auffassung, der Orientierung, des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit. Wir finden nämlich bei der Paralyse, bei der diese Gebiete weit erheblicher gestört sind und die Beeinträchtigung der Verstandesleistungen die Gefühlsstörungen überwiegt, die Ausbildung eines ähnlichen Gefühlsdefektes ohne jene ausgesprochene Inkongruenz.

Ebenso, wie die normalen Empfindungen und Vorstellungen, so sind auch die halluzinatorischen Empfindungen und Wahnideen bei der Dementia praecox durch den Mangel der begleitenden Gefühlstöne charakterisiert. Dadurch fehlt den an sich, besonders im Beginne der Krankheit, ziemlich zahlreich gebildeten Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen die dominierende Stellung im Seelenleben der Kranken, sie sind suggestiv umzugestalten, es fehlt ihnen die Fixierung und vor allem die Systematisierung. So kommt es, daß dieselben mit dem Fortschreiten der gemütlichen Verblödung im Bewußtsein der Kranken immer mehr zurücktreten, obwohl sie an sich noch vorhanden sein können. Während aber beim Vollsinnigen die gebildeten Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen möglichst, oft durch scharfsinnigen Ausgleich von offenbaren Widersprüchen, mit den Tatsachen der Außenwelt und untereinander in Einklang gebracht werden, so verleiht die Dementia praecox durch den vorhandenen Intelligenz- und Kombinationsdefekt, den Halluzinationen und Wahnideen den Charakter des Schwachsinns. Dieser aber zeigt sich vor allem, z. B bei den Größenvorstellungen, in der Maßlosigkeit bei völlig mangelndem Motivierungsbedürfnis, in den nicht bemerkten Widersprüchen, in der Veränderlichkeit, in der Unfähigkeit zur Systematisierung, in dem Fehlen jedes Leitmotives und einer adäquaten Gefühlsbetonung, in den bizarren Gesichtstäuschungen, in der Absurdität der Wahnideen, kurz in den Merkmalen der geistigen Schwäche, die besonders dann hervortreten, wenn sich die Wahnideen und Sinnestäuschungen, wie bei der paranoiden Form der Dementia praecox, länger erhalten.

Während wir nun die schweren Störungen der Ideenassoziation und die affektive Verblödung als Grundstörungen

der Dementia praecox auffassen mußten, können wir die komplizierten Störungen in den Handlungen der Kranken aus diesen Grundstörungen herleiten. Die Handlungen des Gesunden sind die notwendigen Konsequenzen seiner Ideenassoziation, und aus dem Zusammenwirken der Empfindungen und Vorstellungen und der sie begleitenden Gefühlstöne mit der kombinatorischen Tätigkeit der Ideenassoziation resultiert die Bewegung, resp. die Handlung. Jede Störung in irgend einem Elemente des Assoziationsvorganges zieht also notwendiger Weise eine Störung der Handlung nach sich. So kennen wir als Folge der Depression, resp. als Parallelvorgang, die motorische Erregung, eine allgemeine Bewegungsträgheit bei der allgemeinen Apathie, bei der die Gefühlstöne allen Bewegungsvorstellungen fehlen, ferner den charakteristischen Einfluß der Affekte auf die Gestikulation und das Mienenspiel, den Bewegungsdrang bei der Ideenflucht und die Zwangshandlungen als Folge der Zwangsvorstellungen. Bei der Dementia praecox nun finden sich die Störungen der Handlungen sowohl in Form einer allgemeinen Trägheit der kortikalen Assoziationen, eines motorischen Stupors, als auch in Form einer allgemeinen Beschleunigung der motorischen Entladungen, einer motorischen Agitation. Der Verlust der Fähigkeit, sich aus eigenem Antriebe zu beschäftigen, das Fehlen jeder Initiative bei an sich völlig ungestörter Arbeitsfähigkeit bei diesen Kranken, ist die natürliche Folge des Defektes in der Gefühlsbetonung der Vorstellungen. Wir sehen beim Gesunden nur da eine Handlung zustande kommen, wo die Bewegungsvorstellungen von positiven Gefühlstönen begleitet sind, und wie z. B. bei der Depression infolge der negativen Gefühlsbetonung fast aller Bewegungsvorstellungen Handlungen nicht zustande kommen, so führt auch bei der Dementia praecox die Gefühlsarmut der Vorstellungen zu einem Verluste der Willensantriebe, der höchstens auf energische Ermahnung zur Tätigkeit ein kurzes mechanisches Arbeiten zustande kommen läßt. Nur die Befriedigung der unmittelbaren körperlichen Bedürfnisse vermag oft noch bei den Kranken eine Bewegung auszulösen. Diese Einschränkung des Handelns auf egoistische

Interessen erklärt sich aus dem speziellen Defekt der Gefühlstöne der ethischen Begriffe. Sobald diesen aber die zugehörigen Gefühlstöne fehlen, kann dieser Defekt ganz ebenso zu Strafhandlungen führen, wie der Defekt der ethischen Begriffsbildung überhaupt. Wenn diese Kranken eine Strafhandlung begehen, so tun sie dies etwa nicht, weil bei ihnen der ethische Begriff, z B. des Betruges, nicht gebildet oder verloren gegangen wäre, sondern sie begleiten den Begriff nicht mit den entsprechenden Gefühlstönen, und so fehlt ihnen völlig jedes Gefühl für das Unrecht, z. B. des Betruges, welches beim geistesgesunden Verbrecher stets vorhanden ist. Diese Tatsache, daß die Begehung von Strafhandlungen unter Umständen in dem Wesen der psychischen Störungen der Dementia praecox begründet sein kann, ist speziell in unserm vorliegenden Falle von Interesse, in dem wir es mit einem wegen Betruges bestraften Katatoniker zu tun haben.

Außer in der hebephrenen Abulie nun zeigt sich die allgemeine Trägheit der kortikalen Assoziation vor allem im katatonischen Stupor. Das äußere Bild dieses Stupors ähnelt in hohem Grade den Zuständen von psychomotorischer Hemmung, die gewöhnlich mit Depression, Denkhemmung und Angst vergesellschaftet sind. In beiden Fällen finden wir eine oft lange Zeit festgehaltene Einförmigkeit der Körperhaltung mit fast völliger Bewegungslosigkeit der Kranken, eine fast absolute Reaktionslosigkeit gegen starke Schmerzreize, Mutismus, eine völlige Unzugänglichkeit für Drohbewegungen oder laute Anrufe, aber bei der psychomotorischen Hemmung besteht eine starke Resolution der Körpermuskulatur mit fast völliger Widerstandslosigkeit gegen passive Bewegungen, im katatonischen Stupor dagegen Spannung der Muskulatur bei dem geringsten Versuch einer Lageveränderung mit komplizierter Kombination von Muskelkontraktionen und der Fixation des Rumpfes und der Extremitäten in den verschiedensten Stellungen, die zuweilen an organisch bedingte Kontrakturen erinnern. Während aber den psychomotorischen Hemmungen eine Steigerung der inneren Widerstände zugrunde liegt, die sich infolge

der koordinierten Denkhemmung und Angst den Willensantrieben entgegensetzen und zu einer geringeren Energie der Bewegungen, einer geringeren Zahl, einer Verlangsamung bis zum völligen Aufhören derselben führen, muß man die Erklärung für den psychischen Ursprung des katatonischen Stupors in den Erscheinungen des Negativismus, der Stereotypie und der Befehlsautomatie suchen, die sich so oft bei denselben Kranken neben dem Stupor oder im Zusammenhang mit demselben finden. Die Störungen des Fortschrittes in der Ideenassoziation bei der Dementia praecox infolge der Überwertigkeit bestimmter Vorstellungen führen auf motorischem Gebiete zu der krankhaften Fortdauer einmal angeregter Bewegungen, und durch das Fehlen von andern neue Bewegungen anregenden Willensantrieben zu einer Überwertigkeit und infolgedessen zum Haften von bestimmten Bewegungskomplexen. So kommt es zu der oft monatelang dauernden Anspannung bestimmter Muskelgruppen, zu der großen Mannigfaltigkeit der jeder psychischen Motivierung entbehrenden Haltungs- und Bewegungsstereotypien und schließlich zu den Abänderungsstereotypien, die nur als umgewandelte, durch Beimischung von bizarren Manieren veränderte gewohnheitsmäßige Bewegungen aufzufassen sind. Den Stereotypien nahe verwandt sind die Erscheinungen des Negativismus, die sich auch im Mutismus sowie in der häufigen Nahrungsverweigerung und Unreinlichkeit der Kranken äußert. Dieses starre Widerstreben gegen jede Veränderung des augenblicklichen Zustandes ist nach Ziehen, ebenso wie die Stereotypien, auch nur »eine pathologisch gesteigerte Perseverationstendenz, welche sich Abänderungsversuchen gegenüber — etwa nach Analogie des Eigensinns, aber ohne bewußte Motivvorstellungen — noch verstärkt.« Dieser Auffassung steht der wohl höchstens nur für einen Teil der negativistischen Erscheinungen zutreffende Kräpelinsche Begriff der »Willenssperrung« gegenüber, nach dem jeder Antrieb sofort einen mindestens ebenso starken, gewöhnlich aber noch kräftigeren Gegenantrieb auslöst und das Widerstreben also auf den überwiegenden Einfluß des stärkeren Gegenbefehls zurückzuführen ist. In nur schein-

barem Gegensatz zu diesem allgemeinen Widerstreben steht die Nachahmungsautomatie der Kranken. Auch diese der Hypnose ähnliche Willenlosigkeit kann man auf die Verarmung an Vorstellungen, auf die Unproduktivität des Denkens bei der Dementia praecox zurückführen, wie den umgekehrten Vorgang die Erfahrung zeigt, daß der bei Kindern und unzivilisierten Völkern ebenfalls vorhandene Nachahmungstrieb durch die Erziehung, d. h. also durch die Ausbildung von Vorstellungen, allmählich zurückgedrängt wird. Die innere Verwandtschaft des Negativismus, der Stereotypie, der Nachahmungsautomatie und des Stupors, die ihre gemeinsame Wurzel offenbar in den Störungen der Ideenassoziation haben, scheint auch aus der Tatsache hervorzugehen, daß sich die einzelnen Erscheinungen mit Hülfe kleiner Kunstgriffe ineinander überführen lassen, denn man kann z. B. das Widerstreben in Nachahmungsautomatie, die Katalepsie in Starre verwandeln. (Kräpelin).

Die impulsiven Entladungen auf motorischem Gebiete bei der Dementia praecox, die das Planlose und Widerspruchsvolle der Handlungen noch bedeutend erhöhen, finden, ebenso wie das Fehlen von Gegenvorstellungen zur Perseveration einer Handlung führt, ihre Erklärung in dem Fehlen von hemmenden Vorstellungen, die sich einer plötzlich, isoliert und ohne jede Motivierung auftretenden Vorstellung entgegensetzen könnten. So sind die Kranken unfähig, einen einmal gegebenen unmotivierten Antrieb zu unterdrücken und es kommt zu den impulsiven, triebartigen Handlungen, »den planlosen Entäußerungen innerer Spannung«, wie man sie auch bei andern Psychosen, aber auf Grund von sinnlich sehr lebhaften Halluzinationen oder plötzlich aufschießenden Wahnvorstellungen oder Affekten auftreten sieht.

So gelingt es, die außerordentliche Mannigfaltigkeit und das Widerspruchsvolle in den psychischen Störungen der Dementia praecox auf einige wenige Grundstörungen zurückzuführen, und im Anschluß an diese Darstellung sei es mir gestattet, einen in der hiesigen Klinik beobachteten Fall von katatonischem Stupor mitzuteilen.

Vorgeschichte:

Der Patient A. R. aus P., verheiratet, von Beruf Kaufmann, wurde am 12. I. 1877 geboren. Nach einem vom Pat. selbst im Gefängnis geschriebenen Lebenslauf hat derselbe das Gymnasium bis zur Obertertia besucht und dann die Schule wider Willen verlassen. Er wurde beim Vater ein Jahr in der Tabackbranche ausgebildet, dann machte er wider Willen, aber auf Wunsch des Vaters »infolge dauernden ehelichen Unfriedens«, eine dreijährige Lehrzeit als Maschinenbauer durch, hat bis 1899 praktisch gearbeitet und war von dann ab selbständig als Kaufmann. Beim Militär nicht gedient, geordnete Vermögensverhältnisse, vier Kinder, in der Familie keine Bestrafungen. Er hatte früher einmal Lungenentzündung, war sonst gesund, negiert Potus. Nach einem von der Ehefrau abgegebenen Bericht war die Mutter des Pat. immer sehr aufgeregt und bekam häufig Wutanfälle; der Vater soll viel getrunken haben, sonst bestand keine erbliche Belastung. Der Pat. selbst soll ein intelligenter und guter Mensch gewesen sein, der ursprünglich Pastor werden wollte und nur dem Willen des Vaters entsprechend Maschinenbauer wurde. Schon im Jahre 1898 wurde Pat. abergläubisch, schrieb sich Zettel mit Bibelsprüchen und klebte sie auf den Leib. Pat. war immer sehr nervös; konnte es nicht hören, wenn die Kinder mit Papier raschelten; brütete oft stundenlang auf dem Sofa liegend. Seit 1908 hatte er einen Haß gegen alles Rot; faßte sein Kind, das ein rotes Kleid anhatte, nicht an; schnitt die roten Streifen von Handtüchern ab; vernichtete alle roten Sachen. Seit vielen Jahren schon konnte er es nicht ertragen, daß Bilder, besonders Familienbilder, an der Wand hingen; meinte, er würde mit seiner Frau auseinanderkommen. Im Jahre 1900 hatte er durch einen Sturz von der Treppe einen schweren Unfall mit Bewußtlosigkeit; Pat. behauptete später immer, er sei geschlagen worden. Er war immer strebsam, »denkt« viel, schreibt viel, war aber doch stets eigentümlich. In der letzten Zeit war Pat. sonderbarer; man konnte auf ihn einreden, und er beachtete dies garnicht; er habe immer an Herzklopfen und Kältegefühl in der linken Seite gelitten.

Eine besondere Charakterveränderung hat die Frau in den letzten Jahren nicht bemerkt.

Am 28. II. 1910 wurde Pat. wegen Betruges mit 1 Jahr 2 Monaten Gefängnis bestraft, wohin er am 10. V. 1910 nach N. eingeliefert wurde. Aus der Urteilsbegründung erfahren wir, daß Pat. mit außerordentlicher Dreistigkeit und Raffiniertheit eine Reihe kleinerer Leute hinterging, schon früher wegen Unterschlagung bestraft war und fortgesetzt betrügerische Handlungen beging.

Charakteristisch für den Ausbruch der Erkrankung sind einige Briefe, welche Pat. im Gefängnis an seine Frau schrieb.

Brief vom 8. VI. 1910: »Liebes Muttchen, nächsten Mittwoch den 15. habe ich Termin in H.; dazu brauche ich die Anklageschrift, letztere liegt entweder im Atlas antiquus oder in einem grauen harten Umschlag mit einer Hand darauf. Mein Haus und meine Welt, wie das im vorigen Jahre war, o schaffe mir, wenn du auch nichts mehr an Wäsche hast gefunden, einen reinen Kragen . . . Liebe Mutter, Du mein Haus und meine Welt bewahrest treu und unerschütterlich Du dann, wo nicht erstickst Du deinen Mann. Dein lieber Mann sendet Dir viele Küsse und auch für seine Kinder, Deine Krone, die Dir Dein Prediger hat verliehen, mein Schrei und meine Stimme, o, nimmer läßt Du mich untergehen mit Dir in Dir. Adieu Mutter, Mutter! Mutter, sei getreu bis in den Tod, wie es dein Männe war und bleibt in aller Not . . . Adieu mein Weib, mein Lieb, oh, weh, oh eile mein zu bleiben. O lese immer meine Briefe, die ich von K. geschrieben, fang aber in der Ecke an zu lesen, dann halte an, und was du siehst und was Du liest, galt damals mir, jetzt gilt es Dir, Du nährst die Welt an Deinem Busen.

Am 15. IX. 1910 meldet der Oberaufseher: R. scheint an Gemütsdepression zu leiden. Er wurde ins Lazarett verlegt, wo er die ganze Nacht herumgewandert ist, da er im Bett nicht zu halten war. Der Gefängnisarzt sagt aus: Der Aufregungszustand ist wohl nur vorübergehend.

19. IX. 1910. R. hat seit Donnerstag Morgen keine Nahrung zu sich genommen.

Brief des R. vom 28. IX. ganz zerfahren, zunächst mehrere Sätze durchstrichen, dann folgt: »Vater unser, Du bist im Gefängnis, gibst mir meine Ehrenhaftigkeit durch meine Revision zurück, ich bin unschuldig, meine Frau und Kinder sind unschuldig, wir haben keine Schuld, ich vergebe und vergesse Dir Alles. Vater unser, der Du bist im Gefängnis, Du vergibst uns keine Schuld, so wahr jemals etwas Böses getan haben . . . (Im weiteren Schreiben meist dasselbe: »Vater unser, Du bist im Gefängnis« wiederholt). »Unser Vater, der Du im Gefängnis gewesen bist, komme doch blos bald uns aus dem Gefängnis und bringe Deine Revision wieder mit und regiere.«

Am 1. X. 1910 meldet der Aufseher: Mit R. ist in der Zelle nichts anzufangen, er zeigt geistige Verwirrtheit, nimmt kein Essen zu sich und legt sich des Nachts nicht zu Bett.

Und weiter am 10. X. R. macht heute den Eindruck eines schwer kranken Menschen, der meiner Ansicht nach jeden Tag sterben kann. Er hat seit 12 Tagen nichts gegessen. R. bittet jetzt um ein kräftiges Getränk. Die Frau des R. sagt in einem abgegebenen Berichte aus, ihr Mann sei drei Tage in der Tobzelle gewesen, der Inspektor im Gefängnis aber habe gesagt, es sei Simulation.

Auf Beschluß der III. Strafkammer des Landgerichts in H. wird R. zur Beobachtung seines Geisteszustandes in die Nervenklinik zu Kiel überführt.

Krankengeschichte des R. aus der hiesigen Klinik: Pat. sitzt kraftlos auf dem Stuhl, stöhnt zeitweise, antwortet leise, macht einen sehr hinfälligen Eindruck. Auf der Station klagt er über furchtbaren Durst und Appetitlosigkeit. Es fehle ihm sonst nichts, aber er sei zu durstig. »Kein Kaffee, kein Selterwasser, keine Bouillon, ein kräftiges Getränk, ein Glas Portwein!« Er umklammert die Hand des Arztes. Er sei wegen Betruges bestraft, unschuldig verurteilt. Die Zeugen seien nicht wahr gewesen. Er sei in der besten Familie groß geworden, seine Unschuld werde

sich schon herausstellen. Ob er verfolgt werde, wisse er nicht, im Gefängnis werde er nicht verfolgt.

Stimmen? — »Ja, ich glaube aber, das ist alles Unsinn. Zuerst war ich in H. in Untersuchungshaft. Da hörte ich blos immer. »Lieber, komme doch blos einmal her.« Ich hörte immer meinen Namen. »Mutter, komm doch blos her.«

Und in N.? — »Da hab ich nachher immer dasselbe gehört, aber ich glaube, das ist alles Einbildung von mir.«

Auch Gestalten? — »Ja. Was, kann ich nicht erzählen. In der Tobzelle bin ich die ganze Zeit gewesen in N. und H. Ich habe nichts verbrochen. Meine Religion wollt ich wiederhaben, meine Ehrenhaftigkeit und meine Unschuld.«

Absichtlich verfolgt? — »Da kann ich kein Urteil drüber fällen. Ich hab all mein Geld den andern gegeben.«

Woher? — »Jetzt, das weiß ich nicht. Ich bin von N. heut Nachmittag fortgefahren.«

Datum? — »Es muß wohl der 10. oder 11. sein. Oktober, Herr Rat.«

Wer ich? — »Herr Medizinalrat.«

Wie kommen Sie dazu? — »Ach, ich weiß es nicht. Ich glaube an Gott, Sie sind mein Retter.«

Warum hierher? — »Das weiß ich nicht.«

In welcher Stadt jetzt? — »Das kann ich nicht sagen.«

Wie hierher? »Mit Droschke. Ich war so furchtbar durstig.«

Aufgeregt gewesen? — »Nein, niemals. Ich bin ein ruhiger Mensch. Ich war in den besten Verhältnissen. Aber nun ist meine ganze Existenz vernichtet. Mein Vater hat 1893 in der Weltausstellung von Chicago den grand prix gekriegt. Über die ganze Welt hatten wir Einfluß. Mein Vater ist auch durch die Kriminalisation vernichtet worden. Er ist falsch kriminalisiert. Er muß dadurch furchtbar gelitten haben.«

Was mit ihm gemacht? — »Das weiß ich nicht. Er war immer angesehen. Er ist jetzt in Amerika. Mein

Vater hat mal für meinen Bruder hier in der Klinik 20 Mark gezahlt.«

Wo haben Sie Geld? — »Ich hab nur 10000 Mark, die hab ich verloren.«

Werden Sie beeinflußt? -- »Nein, ich lasse mich garnicht beeinflussen. Ich bin mein eigener Herr. Ich glaube an Gott, das ist mein Ideal.«

Venerische Infektion, Potus, Husten werden negiert. Die Mutter sei durch Ehezwistigkeiten nervenkrank gewesen, ein Bruder der Mutter sei schwermütig und epileptisch gewesen. Vater und Mutter hätten sich oft geschlagen, ließen sich nach 28 jähriger Ehe scheiden. Der Vater sei Reisender gewesen und ein enormer Geschäftsmann.

Körperlicher Befund: Gewicht 42,6 kg. Graciler Knochenbau, dürftige Muskulatur, hochgradige Abmagerung. Eingefallene Gesichtszüge. Trockene spröde Haut; trockene Lippen und Zähne. Bulbi eingesunken. L. Pupille < r.; beide nicht ganz rund. Licht- und Konvergenzreaktion beiderseits prompt auszulösen. Trigeminus nicht auf Druck empfindlich. Cornealreflex fast aufgehoben. Facialis symmetrisch innerviert, Bewegungen wenig ausgiebig. Der Mund wird meistens halb offen gehalten. Die etwas belegte Zunge wird gerade vorgestreckt, die uvula steht etwas nach rechts. Die Gaumenbögen werden gleichmäßig gehoben. Würgreflex vorhanden. Keine artikulatorische Sprachstörung. Die emporgehobenen Arme fallen fast sofort wieder kraftlos herab, besonders links. Keine fibrillären Zuckungen in der Muskulatur. Mechanische Muskelerregbarkeit lebhaft. Vasomotorisches Nachröten vorhanden. Bauchdeckenreflexe positiv, ziemlich lebhaft. Cremasterreflex nicht deutlich. Patellarreflexe beiderseits vorhanden, nicht sehr lebhaft. Achillessehnen- und Fußsohlenreflexe beiderseits vorhanden. Kein Fußklonus. Spitz und stumpf werden überall prompt unterschieden, Pinselberührungen lokalisiert. Die Schmerzempfindung ist normal. Die Mm. gastrocnemii sind etwas druckempfindlich. Keine Blasenstörungen. Der Puls ist schwsch, 96 Schl. in d. M., nicht ganz regelmäßig, wenig gespannt. Die Lungen können wegen der großen Schwäche nur vorne untersucht

werden. Rechts vorne bis zur zweiten Rippe ist der Schall verkürzt, über der Clavicula tympanitischer Schall. Das Exspirium ist beiderseits vorne verschärft, rechts etwas hauchend, außerdem zeitweise von kleinblasigen Rasselgeräuschen begleitet. Auch rechts unter der Clavicula hauchendes Exspirium mit etwas metallischem Beiklang. Herz nicht erweitert, Herztöne rein. Der Leib ist etwas eingesunken. Keine Drüsenschwellungen, keine Oedeme, kein Decubitus.

12. X. 1910. Pat hat gut geschlafen, nimmt ganz gut Nahrung zu sich, verlangt jedoch immer mit etwas theatralischer Miene stärkende Getränke. Äußert keine Wahnideen, will hier keine Stimmen hören. Der Urin ist frei von A. und S., spec. Gew. 1025, Aceton-, Indoxyl +.

Pat. grimasiert mittags stark, hält auch den Mund stereotyp verzogen. Liegt nachmittags leicht stupurös da, faßt den Arzt ins Gesicht, murmelt vor sich hin: »Ein scharfes Getränk will ich haben.« Nimmt keine feste Nahrung zu sich, wohl aber Milch mit Portwein. Puls ziemlich kräftig.

13. X. Bei der Visite liegt Pat. in stupurös-reaktionslosem Zustande da, ruft nachher den Arzt an: »Ich danke Ihnen, Herr Professor, für das Getränk, das Sie mir gestern gegeben haben.«

15. X. Pat. läßt heute mehrfach Kot unter sich. Liegt regungslos im Bett, antwortet nicht. Trinkt Fütterung.

16. X. Pat. ist genau orientiert, liegt meist regungslos; läßt die Fliegen im Gesicht herumkriechen, ohne sich zu rühren.

25. X. Pat. ist dauernd stupurös; gibt langsam Antworten, wenn man sich mit ihm unterhält; starrt gewöhnlich vor sich hin.

26. X. Pat. läßt dauernd unter sich, ist stark stupurös; feste Speise wird ganz zurückgewiesen; Speisen, die man in den Mund bringt, werden wieder ausgespieen.

30. X. Pat. sieht meist mit nach links gedrehtem Kopf starr auf einen Punkt, antwortet auf Fragen nach seinem Befinden ganz kurz. Die Pupillen sind stark verzogen, aber reagieren leidlich auf Licht.

Bis zum 13. XII. besteht dauernd ein stark stupuröser Zustand. Pat. spricht spontan garnichts, läßt unter sich, trinkt aber Fütterung ganz gut. Ist reaktionslos gegen Nadelstiche in Arm und Bein, nur bei Stichen ins Nasenseptum kommt es zu ganz leichtem Augenzucken. Die Extremitäten sind schlaff, es besteht kein Spasmus bei passiven Bewegungen, die Augen sind ad maximum konvergiert und meist starr nach der Decke gerichtet, die Lidbewegung ist fast aufgehoben.

13. XII. Pat. kann allein stehen und geführt mit langsamen, aber ziemlich sicheren Schritten gehen. Der Kräftezustand hat sich in letzter Zeit etwas gehoben. Aber noch konvergiert der Pat. seine Augen stundenlang in extremer Weise, liegt ganz stuporös da; schluckt aber zuweilen schon feste Speisen, die ihm in den Mund geschoben werden. Auf dringenden Wunsch der Frau wird der Pat. heute ungeheilt in eigene Familienpflege entlassen.

Über das Verhalten des Pat. zu Hause erfahren wir aus einem von der Ehefrau abgegebenen Berichte: Der Pat. war nach der Entlassung anfangs ganz apathisch, lag ständig zu Bett und mußte gefüttert werden. Dieser Zustand hielt etwa 3 Wochen an; dann richtete sich eines Tages der Pat. im Bette auf und sprach: »Der kleine Junge ist ein Polizeihund. Hans darf nicht so nahe ans Bett, das ist ein Polizeihund. Grete schmort wie ein Huhn. Käte ist ein braunes Pferd.« Dann starrte er wieder wochenlang nach der Wand. Nach etwa 4 Wochen änderte sich der Zustand etwas; Pat. zog die Beine auf und nieder; klagte, daß man eine elektrische Maschine an seine Beine angesetzt habe. Die ganze Stube sei voll großer Figuren, der Bewohner über ihnen sei von der Kriminalpolizei angestellt. Auf dem Bette der Frau sitze Christus mit der eisernen Krone. Als abends auf der Straße ein Wappen auf einem Wagen vorbeigefahren wurde, meinte er, das sei eine große Maschine, die von der Kriminalpolizei abgeschickt sei, um alles aufzunehmen, was er tue und wie er sich bewege. Meistens lag er jedoch starr da; zeitweise redete er ganz vernünftig und entsann sich aller Vorkommnisse. Auch von Kiel sprach

er und wußte Alles. Im ersten Raum sei seine Frau als braunes Pferd tituliert worden. Er glaubte, daß auch seine Frau tobsüchtig gemacht werden solle. Im Februar war der Pat. etwas freier, er stand manchmal von selbst auf und kramte mit Messern herum. Er konnte gehen, ging aber immer rückwärts. Sobald er ein paar Schritte vorwärts gegangen war, sagte er: »Nein, das ist verkehrt«, und machte denselben Weg rückwärts zurück. Pat. ließ fast dauernd unter sich. Im März setzte sich der Pat. häufiger von selbst aufs Sofa, schlug die Arme unter und lachte. Er hat sich niemals mit etwas beschäftigt. Bisweilen sprach er ganz vernünftig, hat seiner Frau sogar einen langen Brief diktiert, der eine genaue Schilderung der Verhandlung enthielt. Auch schrieb er Adressen selbst, schrieb aber nachher lauter Unsinn quer dazwischen. Am 13. III. 1911 verlangte er ein Rasiermesser und wollte sich von der Frau rasieren lassen. Er war sehr eifersüchtig und schlug die Frau, als diese ihm das Messer verweigerte; schrie laut, die Frau hätte dem Lehrer, der bei ihnen wohnte, das Rasiermesser geschenkt. Pat. verfiel dann wieder in einen stupurösen Zustand, aß und sprach nichts, und wurde daher am 18. III. 1911 wiederum in die Nervenklinik nach Kiel gebracht.

Den Befund bei der zweiten Aufnahme des Pat. R. in die hiesige Klinik gebe ich in gekürzter Form wieder, da derselbe dem ersten Befund im großen und ganzen gleicht. Es bestand wieder ein stark stuporöser Zustand mit fast absoluter Bewegungs- und Reaktionslosigkeit. Bei Kitzeln im Nasenloch tritt vermehrter Lidschlag auf. Die Arme sind ohne Spannung und sinken hochgehoben langsam wieder in dieselbe Stellung zurück. Es besteht leicht negativistische Muskelspannung der unteren Extremitäten. Die bulbi stehen extrem nach rechts. Die Pupillen sind mittelweit und rund, die Augenbewegungen sind frei, es besteht leichter Nystagmus. Beim Drohen mit dem Finger werden die Augen zusammengekniffen, beim Beklopfen des Kopfes werden Abwehrbewegungen gemacht. Pulsbeschleunigung oder Zunahme der Atemfrequenz werden bei passiven Bewegungen nicht beobachtet.

Befund der Lumbalflüssigkeit: Druck des Liquor ca. 230 mm Wasser, Lymphozyten-, Eiweiß-Menge 2 Teilstriche des Nissl'schen Röhrchens, die Proben nach Guillain-Parant und nach Nonne ergeben kein Eiweiß.

Das Bild des katatonischen Stupors bleibt bis zum 1. 6. 1911 völlig unverändert. Pat. bekommt drei mal täglich die Fütterung, welche er gut trinkt.

Am 2. 6. 1911 wird Pat. ungeheilt nach Hause entlassen.

Dieser Krankheitsfall ist durch sein besonderes ätiologisches Moment der Haft wiederum ein Beleg für die besonders für den Gerichtsarzt so wichtige Tatsache des relativ häufigen Auftretens akuter Stuporzustände in der Haft, und die sich in diesen Fällen erhebenden differentialdiagnostischen Schwierigkeiten zwischen Katatonie, Hysterie und Simulation veranlassen mich noch zu einer kurzen Gegenüberstellung und Abgrenzung dieser differentialdiagnostischen Fragen. Zunächst muß angesichts der Tatsache, daß unter den im Gefängnis entstehenden Psychosen die bei weitem größte Zahl in das Gebiet der Dementia praecox fällt, nochmals betont werden, daß auch der Haft für die Dementia praecox nur die Bedeutung eines prädisponierenden Momentes zukommt. Die Erfahrung zeigt, daß psychische und körperliche Schädigungen, wie sie die an die Verhaftung und Verurteilung sich anschließenden seelischen Erregungen, die Isolierung von den gewohnten Eindrücken des täglichen Lebens, die Veränderung der sozialen und disziplinären Verhältnisse in der Haft sind, und wie sie auch die zerrüttenden aus den Regungen der Reue, der Sehnsucht nach den Angehörigen, aus Selbstvorwürfen oder Erwerbssorgen hervorwachsenden Stimmungsschwankungen nach sich ziehen, im freien Leben niemals zur unmittelbaren Ursache einer Dementia praecox werden, sondern derartige Schädigungen, mögen sie in der Haft oder im freien Leben auftreten, können nur bei disponierten Personen einen pseudakuten Ausbruch der Erkrankung erzeugen. Auch nach der speziellen auf diese Fragen hin gerichteten Untersuchung Rüdins läßt

sich von allen diesen Fällen aussagen, »daß sie entweder ihren Beginn schon vor der Haft nehmen oder bedeutend länger dauern, als der schädigende Einfluß der Haft reichen kann, und daß sie in Beginn, Verlauf und Ausgang Krankheitsprozesse darstellen, welche unabhängig von jeglicher Haft im freien Leben vorzukommen pflegen.« Wenn aber auch die Formen des Kerkerirreseins die gewöhnlichen des freien Lebens sind, so vermag doch, wie dies auch wieder Aschaffenburg auf dem letzten deutschen Naturforscher- und Ärztetag hervorgehoben hat, die Gefangenschaft und das Strafanstaltsmilieu der Erkrankung eine charakteristische Färbung zu verleihen. Diese Modifikation der Dementia praecox durch die Gefangenschaft ist gewissermaßen »eine halluzinatorische Episode«, wie sie bei jeder im Gefängnis vorkommenden Psychose als ein auf die Umgebung abgetönter Symptomenkomplex von Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, Gehörshalluzinationen, Reizbarkeit und Angstzuständen auftreten kann.

Die Kenntnis von dem Vorkommen dieses während der Zeit der Haft sich der Dementia praecox auflagernden Symptomenkomplexes ist deshalb vor allem wichtig, weil man denselben wegen der ziemlich stark affektbetonten Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen als etwas der Dementia praecox Fremdartiges und daher für simuliert halten könnte. Was nun die Simulation von Geistesstörungen betrifft, so ist dieselbe, besonders eine totale, längere Zeit fortgesetzte Simulation außerordentlich selten. Die Gründe für diese auf den ersten Blick auffallende Tatsache liegen darin, daß das Symptom der Simulation, wie dies Wernicke ausgesprochen hat, so gut wie ausschließlich bei pathologischen Naturen vorkommt und daher ohne gleichzeitig bestehende Geistesstörung sehr selten ist. Dann aber scheitert die Simulation von Geistesstörungen sehr häufig an der Schwierigkeit, einen psychischen Symptomenkomplex in seiner Gesamtheit getreu nachzuahmen. So liegen diese Schwierigkeiten besonders in der Durchführung einer konsequenten Uebereinstimmung zwischen dem angenommenen Gebahren und Habitus und dem jeweiligen Inhalte der Vorstellungen oder

Wahnideen und ferner in der Unfähigkeit, eine völlige Affektlosigkeit nachzuahmen, ohne gleichzeitig durch einen lauernden Zug des Mienenspiels die persönliche Stellungnahme zu den Vorgängen der Außenwelt zu verraten. Auf der anderen Seite aber kann durch die Eigenartigkeit und das scheinbar Widerspruchsvolle der psychischen Störungen eine Simulation vorgetäuscht werden; so liegt grade bei der Katatonie in dem Grimassieren und unbändigen Lachen bei dem Fehlen jeder entsprechend gefühlsbetonten Vorstellung, in den manierierten Bewegungen und Stellungen, in der Absurdität der Wahnideen, in dem starken Wechsel zwischen Stupor und Erregung, in der Zerfahrenheit bei erhaltener Orientierung, die Ähnlichkeit mit erkünstelten, simulierten Symptomen sehr nahe. Vor allem aber zeigen die fast ausschließlich bei Strafgefangenen beobachteten Ganser'schen hysterischen Dämmerzustände nicht nur eine äußere Ähnlichkeit mit der Simulation, sondern einzelne Züge der Erkrankung sind direkt als pathologisch »verzerrte« Simulation aufzufassen, in dem Sinne, daß ursprünglich die bewußte Absicht der Täuschung bestand, welche aber dann durch das intensive Hineinvertiefen der Kranken in diese Gedankenkreise und den dadurch erzeugten autohypnotischen Zustand einer Bewußtseinseinengung ein pathologisches Gepräge erhalten hat.

Diese Ganser'schen Dämmerzustände nun sind es vor allem, welche bei Strafgefangenen mit dem katatonischen Stupor differentialdiagnostisch in Betracht kommen. Gewöhnlich ist allerdings das Bild des hysterischen Stupors bei Strafgefangenen durch große Veränderlichkeit ausgezeichnet, es ist durch alle Vorgänge der Außenwelt in hohem Grade beeinflußbar; auch das Verhalten der erhobenen Gliedmaßen ist einigermaßen charakteristisch, indem dieselben entweder schlaff herabfallen, oder aber in einer bestimmten Stellung verharren, die aber nicht, wie bei der Flexibilitas cerea, der gegebenen Stellung entspricht, sondern durch willkürliche Bewegungen der Kranken in eine diesen bequemere Haltung umgewandelt worden ist; ferner hebt Raecke auch das Fehlen von Unsauberkeit und hartnäckiger Nahrungs-

verweigerung bei diesen Kranken hervor, deren Vorkommen Ziehen allerdings in einzelnen Fällen beobachtet haben will. Trotz dieser unterscheidenden Merkmale ist einerseits der katatonische Stupor garnicht selten von hysteriformen Zügen überlagert, andererseits werden im hysterischen Stupor, wie in einigen von Raecke beschriebenen Fällen, ziemlich häufig katatonische Symptome beobachtet, wie stereotype Bewegungen, negativistisches Widerstreben, impulsive Handlungen und zeitweises Verbigerieren. So muß in einer großen Anzahl von Fällen die Diagnose des hysterischen Stupors allein aus dem Nachweis einer den Erscheinungen zugrunde liegenden hysterischen psychopathischen Konstitution gestellt werden. Daß nun als Ausfluß der hysterischen Konstitution im hysterischen Stupor Erscheinungen auftreten, welche mit der Katatonie scheinbar Verwandtschaft zeigen, scheint mir aus dem Wesen der Hysterie hervorzugehen und erklärlich zu sein. Die Hysterie, deren Grundstörung, im Gegensatz zur Dementia praecox, die abnorm starke Gefühlsbetonung vorzugsweise latenter Vorstellungen ist, und bei der infolgedessen gefühlsbetonte latente Vorstellungen sowohl auf körperlichem wie auf psychischem Gebiete eine abnorme Wirksamkeit erlangen, führt durch diese abnorm lebhafte Gefühlsbetonung auf dem Gebiete der Affekte, der Ideenassoziation und der Handlungen zu äußerlich ähnlichen Störungen, wie die Gefühlsarmut bei der Dementia praecox. So erzeugt das fortwährende Vordrängen gefühlsstarker, sich auf die eigene Person beziehender Vorstellungen eine egozentrische Einschränkung der Affekte und Interessen und damit eine Verkümmerung aller übrigen, besonders der sozialen und ethischen Gefühlstöne; ferner führt die einseitige Beherrschung des Gedankenganges durch eine besondere gefühlsbetonte Vorstellung zu einer Inkohärenz der Ideenassoziation und zu schweren Störungen der Aufmerksamkeit mit gesteigerter Phantasietätigkeit, und schließlich kommt es durch den Einfluß plötzlicher Gefühlswallungen zu impulsiven, triebartigen Handlungen, in denen gewöhnlich nur dann eine Zweckmäßigkeit zu erkennen ist, wenn sie unter dem Einfluß egoistischer Interessen erfolgen. Somit er-

scheint es auch nicht mehr unerklärlich, wenn im hysterischen Stupor infolge der Einschränkung der Gefühlsregungen auf einen bestimmten Vorstellungskreis eine der Dementia praecox ähnliche affektive Verblödung vorgetäuscht wird. Auch die sowohl im katatonischen wie im hysterischen Stupor vorkommende Nahrungsverweigerung kann die Äußerung sehr verschiedenartiger psychischer Störungen sein; so entspringt sie im ersteren Falle dem negativistischen Widerstreben, im hysterischen Stupor dagegen kann sie aus der Oppositionslust oder der Sucht, sich interessant zu machen, hervorgehen. Im katatonischen und hysterischen Stupor kommt es daher für die Unterscheidung der einzelnen Symptome im wesentlichen auf die psychische Analyse derselben an.

* * *

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Siemerling, meinem verehrten Lehrer, für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Überlassung des Materials meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Ziehen: Psychiatrie, 1911.
2. Kahlbaum: Die Katatonie oder das Spannungsirresein.
3. Kräpelin: Psychiatrie.
4. Masselon: Psychologie des déments précoces, Paris 1902.
5. L'Hermitte: Les démences précoces, Paris 1911.
6. Pick: Arch. f. Psychiatrie, 1892, Bd. 23, S. 896.
7. Ganser: Arch. f. Psych. Bd. 30, S. 633 u. Bd. 38, S. 34.
8. Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.
9. Anton: Pubertätspsychosen.
10. Pfister: Zur Ätiologie und Symptomatologie der Katatonie, Zeitschr. f. Psych. Bd. 63, 1906.
11. Handbuch der gerichtlichen Medizin von Schmidtmann. III. Bd. Siemerling: Streitige geistige Krankheit.
12. Krafft-Ebing: Gerichtliche Psychopathologie.
13. Siemerling: Simulation und Geisteskrankheit bei Untersuchungsgefangenen, Berl. klin. Wochenschrift 1905, Bd. 48.
14. Raecke: Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen, Zeitschr. f. Psych. 58, S. 409.

15. Rüdin: Über die klinischen Formen der Gefängnispsychosen, Zeitschrift f. Psych. Bd. 58, S. 447.

16. Skliar: Über Gefängnispsychosen, Monatsschr. f. Psych. Bd. 16, S. 441.

17. Mönkemöller: Simulation oder Geistesstörung, Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med. 3. F. XXVIII.

18. Crell: Über Simulation und Dissimulation von Geistesstörungen, allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 56.

19. Lehmann: Zur Pathologie der katatonen Symptome Zeitschr. f. Psych. Bd. 52, S. 276.

20. Thomsen: Dementia praecox und manisch-depressives Irresein, Zeitschr. f. Psych. Bd. 64, S. 856.

Lebenslauf.

Ich, Friedrich Tietz, mosaischer Konfession, bin am 20. Mai 1888 in Schwerin i/M. geboren. Ich besuchte das Gymnasium in Schwerin i/M. und bestand daselbst das Abiturientenexamen. Dann studierte ich an den Universitäten Freiburg i/Br. 2, Kiel 3, Berlin 2, München 1 und wieder in Kiel 2 Semester. Das ärztliche Vorexamen bestand ich in Kiel am 30. Juli 1908, und ebendaselbst am 18. Juli 1911 das ärztliche Staatsexamen. Im praktischen Jahre war ich zuerst 7 Monate an der inneren Abteilung des Krankenhauses der Landes-Versicherungs-Anstalt Schlesien in Breslau, dann 5 Monate an der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Stettin. Mein praktisches Jahr beendete ich am 1. September 1912 und erhielt am 3. Oktober 1912 die Approbation als Arzt für das Deutsche Reich.